DOLOR TRAS UNA FRACTURA DE CADERA: PPC VS OTRAS ALTERNATIVAS DE FIJACIÓN INTERNA.

Autores: CUEVAS VILCHES, ALEJANDRA CONCEPCIÓN; LÓPEZ ROSA, ANA; VALERO VALERO, ANTONIA MARÍA. Enfermeras UGSNA: HOSPITAL LA INMACULADA.

INTRODUCCIÓN:

La fractura de la extremidad proximal del fémur o fractura de cadera (FC) es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de mortalidad, morbilidad y costes (1). Puede producirse a cualquier edad pero aproximadamente el 90% de los casos ocurren en personas de más de 64 años (2) Las fracturas de cadera se clasifican de acuerdo a diferentes criterios. La más utilizada es la clasificación anatómica, que las divide según la localización del rasgo de fractura. Según este criterio son clasificadas como *intracapsulares o extracapsulares. (Dibujo 1)*

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

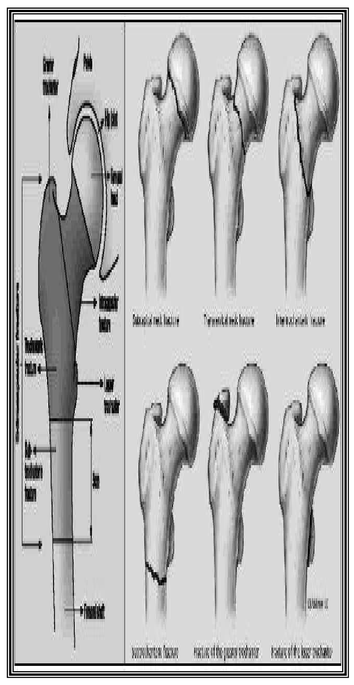
El tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera consiste en colocar en su lugar y fijar el hueso que se ha roto.

Sirve para recuperar la función de la cadera (permanecer en pie, caminar) y disminuir el dolor.

CÓMO SE REALIZA:

Dependiendo del tipo y situación de la fractura, la intervención puede realizarse:

- Sustituyendo el fragmento de hueso roto por una prótesis
- Fijando los fragmentos de hueso con placas, clavos o tornillos metálicos, para permitir que se unan y se recuperen.



DIBUJO 1

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

- Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización.
- Al principio presentará pérdida de fuerza que recuperará a medida que vaya ejercitando la extremidad.
- Cuando su estado lo permita, podrá comenzar a caminar con ayuda de un andador.

En función del tipo de implante utilizado y la estabilidad de la fijación, se le indicará cuando puede comenzar a apoyar el peso sobre la pierna operada.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El principal beneficio de esta operación es:

- Recuperar la capacidad de caminar.
- Disminuir el dolor.(4)

DIBUJO 2

Opciones terapéuticas para los distintos tipos de fractura (3).

FRACTURAS SUBCAPITALES	PERSONAS JOVENES	OSTEOSINTESIS CON TORNILLOS CANULADOS
	ADULTOS Y PACIENTES GERIÁTRICOS	PRÓTESIS PARCIAL O TOTAL DE CADERA
FRACTURAS TRANSCERVICALES Y PERTROTROCANTERICAS	PLACAS DHS, CLAVOS GAMMA, CLAVOS DE ENDER, ETC.	
FRACTURAS SUBTROCANTERICAS	CLAVOS GAMMA, PLACAS DCS, OTROS TIPOS DE CLAVOS INTRAMEDULARES	

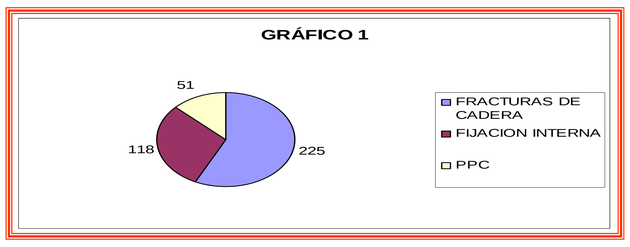
OBJETIVO:

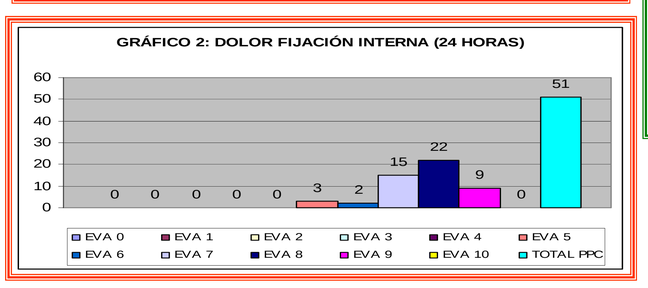
Conocer el nivel del dolor según la escala de valoración EVA de los pacientes intervenidos de fractura de cadera según si se les ha realizado una Artroplastia parcial de cadera u otra técnica de fijación interna (placa DHS, tornillos canulados, clavos PFN-A,..)

MÉTODO:

Estudio comparativo, retrospectivo mediante recogida de datos de los pacientes incluidos a través de las historias de los pacientes dónde se recoge el grado del dolor de cada paciente mediante la escala de valoración analógica del dolor EVA (Dibujo 2) a las 24 horas postquirúrgicas y al alta. (Base de datos interna CMBDU)

Gráficos en Excel.





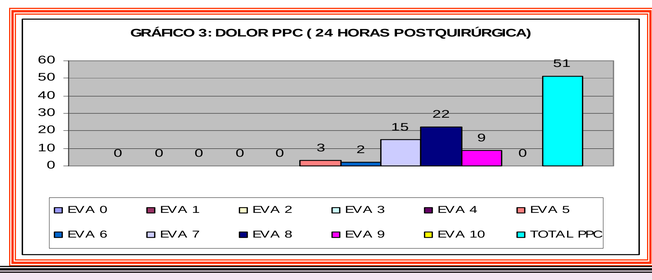
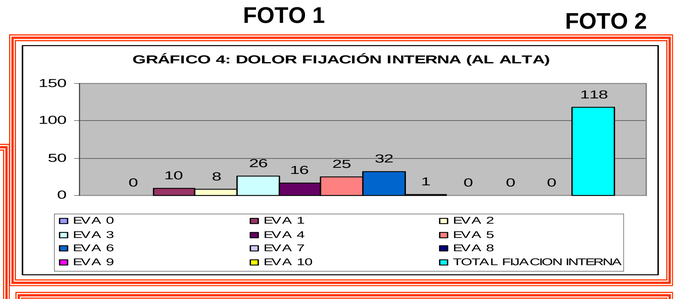
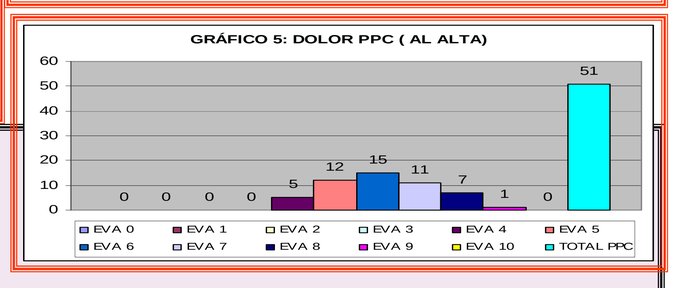


FOTO 1

FOTO 2





RESULTADO:

Período a estudio: del 01/01/2014 al 31/12/2014.

Pacientes incluidos: Pacientes intervenidos de fractura de cadera en la UGSNA, realizándole una Artroplastia de cadera (foto 1) u otras técnicas de implantación interna (foto2).

Para el análisis cuantitativo de la evolución de la escala EVA del dolor se empleó un modelo lineal longitudinal en el que se tuvo en cuenta la independencia de los sujetos entre sí, pero se contempló la relación intrasujeto en el paso del tiempo. Pacientes excluidos: Aquellos pacientes que aún habiéndose intervenido tras una fractura de cadera presentan una demencia u otro tipo de trastorno confusional.

DISCUSIÓN:

La muestra estuvo compuesta por 225 pacientes diagnosticados con fracturas de cadera e intervenidos AGSNA, de las cuáles 118 se le realizaron Artroplastias parciales y 51 otras técnicas de implantación interna (gráfico 1), hemos detectado a las 24 horas postquirúrgicas que según la escala EVA ningún paciente con PPC refería ni 0 dolor ni alcanzaba valores de 8, 9 ni 10, mientras que el resto no manifestaba 0 dolor ni valores en la escala de 1, 2, 3, 4 ni 10. Pero encontramos 2 pacientes con dolor en la escala 2, 8 pacientes con nivel 2, 21 con nivel 3, 15 con nivel 4, 32 con dolor 6 y 11 con nivel 7; en lo referido a los que habían sido intervenidos practicándole una PPC. Por otro lado en el resto de los casos hallamos 3 pacientes con nivel del dolor 5, 2 con nivel 6, 15 con nivel 7, 22 con nivel 8 y 9 con nivel 9 (gráficos 2 y 3). Así podemos decir que en el caso de los pacientes que han sido intervenidos con otras técnicas de fijación interna la media del dolor es superior a las de los que son intervenidos de una PPC. Al alta nos hemos encontrado que los pacientes intervenidos con una PPC no hay ningún paciente que reflejen nivel del dolor 0, 8, 9 ni 10; mientras que el resto no hemos hallado pacientes que manifiesten dolor 0, 1, 2, 3 ni 10. Por otro lado en el caso de las PPC detectamos 10 casos con dolor en el nivel 1, 8 en el nivel 2, 26 en el nivel 3, 16 en el nivel 4, 25 en el nivel 5, 32 en el nivel 6 y sólo un caso en el nivel 7. Mientras que en el resto de los casos 5 pacientes referían dolor en el nivel 4, 12 en el nivel 5, 15 en el nivel 6, 11 en el nivel 7, 7 en el nivel 8 y un solo caso en el nivel 9. Por lo que volvemos a decir que continua habiendo más dolor en el caso de las PPC que siendo intervenidos con otras técnicas, aunque también es cierto que en ambos casos disminuye considerablemente el dolor, especialmente en las PPC. (Gráficas 4 y 5)

CONCLUSIONES:

El tratamiento quirúrgico de las fracturas de cadera le ofrece al paciente la posibilidad de resolución de su problema y una rehabilitación más pronta y de mejor calidad, para reintegrarse a las actividades diarias propias de su edad. Al no esperar la consolidación ósea, puede iniciarse el apoyo prácticamente en forma inmediata lo que le confiere al paciente mayor independencia y una menor estancia hospitalaria. Pero el dolor, otra de las causas por las que se realizan los tratamientos quirúrgicos, se mantiene tras la intervención y según hemos podido comprobar de distinta manera según la técnica a utilizar. Aquí, habría que ampliar el estudio para conocer la elección del cirujano a la hora de la técnica a utilizar y el abordaje que precisan en cada caso. Por otro lado habría que considerar la situación basal del paciente, su calidad de vida y el manejo del dolor del mismo. Con todo ello, pretendemos alcanzar un óptimo manejo en la eficacia de la analgesia en cada caso concreto.

Como limitaciones del estudio indicar la valoración subjetiva del dolor por parte del paciente, a pesar del uso de la escala EVA, la cual en pacientes ancianos puede ser de difícil interpretación, así como la imposibilidad de contar con un único evaluador para todos los casos. Como sesgo de selección debe destacarse la ausencia de registro de los aspectos pluripatológicos de los participantes, así como tratamientos farmacológicos crónicos de base, los cuales no han sido analizados entre los grupos participantes, sólo los que indicamos como medidas de exclusión.

Bibliografía:

1. Youm T, Koval KJ, Zuckerman JD. The economic impact of geriatric hip fractures. Am J Orthop. 1999; 28: 423-8
2. Gillespie WJ. Hip fracture. BMJ 2001; 322: 968-975
3. Rogmark C, Johnell O. Primary arthroplasty is better than internal fixation of displaced femoral neck fractures: A meta-analysis of 14 randomized studies with 2,289 patients. *Acta Orthopaedica* 2006; 77(3): 359-367.
4. Consentimiento informado para intervenciones fr4actura de cadera de la UGC Traumatología del Hospital La Inmaculada. Huercal- Overa. Almería. 2009